TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDADUNA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA A DEBATE*

Ana Berta Jara**

INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN:

En los últimos diez años se ha constatado un aumento de la demanda en relación a la sintomatología que integra el TDAH (Hiperactividad, Impulsividad y Déficit de atención)

que se nos deriva para su diagnóstico y tratamiento .

En nuestro CSMIJ, que cubre una población de 43.650 personas, con edades comprendidas entre 0-18 años ,esta sintomatología ha constituido el 26% de la demanda global en el año 2009.

Estos datos están en consonancia con lo que viene ocurriendo en el resto de la Comunidad Autónoma Vasca como señala el estudio realizado por Osteba núm.2007/09 (1) " Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el TDAH", según el cual alrededor de un 30% del nº total de historias en proceso diagnóstico, lo estaban por sospecha de TDAH .

Las preguntas que nos formulamos y que dieron lugar a las hipótesis de trabajo fueron : ¿Qué hay más allá del síntoma en el TDAH ? ¿Existen características específicas del funcionamiento psíquico en los pacientes con TDAH , frente a otras patologías ?.

---

* Comuniciación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

Resultados de un estudio realizado en la unidad de psiquiatría infantojuvenil comarca interior de Bizkaia. Galdakao, 2009-2010. Grupo investigador compuesto por: Maite Urizar (Psiquiatra Directora del Centro De Salud Mental Infanto-Juvenil CSMIJ Galdakao), Miriam Azpiri (Psicóloga Clínica), Maite Ramírez (Psiquiatra), Sonsoles Enjuto (Psicóloga Clínica), Maria Irene Rodríguez (Psiquiatra), Ana Berta Jara (Psiquiatra), Sara San Nicolás (Psicóloga Máster U. Deusto), Cinthia Jazmin (Psicóloga Máster U. Deusto)

** Psiquiatra Centro De Salud Mental Infanto-Juvenil CSMIJ Galdakao Correspondencia anaberta.jarasegura@osakidetza.net

HIPOTESIS DE TRABAJO:

- El TDAH es un síndrome clínico descrito desde una perspectiva sintomática conductual que puede corresponder a funcionamientos psíquicos diferentes .
- Comparte sintomatología con otras entidades diagnósticas, lo cual le hace poco específico.
- Existe una alarma social sobredimensionada que no se corresponde con la realidad clínica

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- Consensuar criterios de valoración y diagnóstico a través de la observación audiovisual de entrevistas semiestructuradas.
- Valorar las aportaciones de las diferentes pruebas diagnósticas utilizadas a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.
- Realizar un protocolo de asistencia en estos casos con el fin de establecer los cauces más adecuados para el diagnóstico y tratamiento de estos niños.

MÉTODO:

MUESTRA:

Se analizó una muestra de 33 pacientes que aceptaron participar en el estudio previa autorización escrita (anexo I) para la realización de las pruebas y la grabación en vídeo .

Todos ellos derivados desde Atención Primaria por sospecha de TDAH en cualquiera de sus modalidades , informada por sus referentes más inmediatos (familia y sistema escolar). En el momento del estudio y durante el mismo no estaban en tratamiento psicológico ni psicofarmacológico.

El rango de edad se estableció desde los 6 -12 años, ambos inclusive, siendo la edad media de la muestra de 8,6 años

La distribución por sexos como en otros estudios mostró un predominio masculino. (23 chicos → 71,8% y 9 chicas → 28,3%)

VARIABLES E INSTRUMENTOS:

Además de las variables de sexo y edad se recogieron datos acerca de la procedencia del niño, composición familiar , modelo lingüístico y rendimiento escolar.

- ► Entrevista familiar donde se recogen el motivo de consulta y la historia evolutiva, mediante un guión elaborado para tal fin (anexo II).
- ► Listado de comportamientos infantiles de 6-18 años para padres (The Child Behavior Checklist, CBCL/6-18:Achenbach y Rescorla, 2001).
- ► Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC –IV, 2003).
- ► Entrevista semiestructurada de exploración con el niño , grabada en video, y valorada posteriormente por el equipo según un guión de observación elaborado con el objetivo de sistematizar la evaluación diagnóstica (anexos III y IV) que nos permite realizar un diagnóstico según los criterios de la CIE 10 y según la parrilla diagnóstica estructural de los Drs. PALACIO y DUFOUR .

RESULTADOS:

Diagnóstico CIE-10:

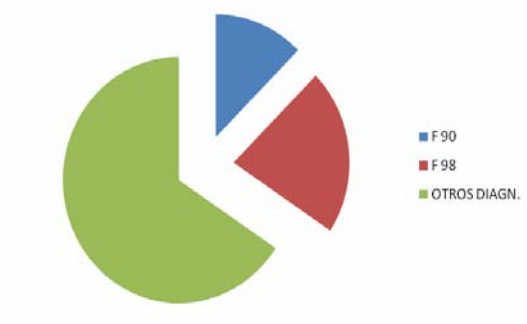
Tanto el diagnóstico con los criterios de la CIE-10 como el diagnóstico estructural se realizó por consenso en el equipo tras el visionado de la grabación en vídeo de la entrevista con el niño.

Muestra: n=32

Diagnóstico F 90 (Trastornos Hipercinéticos) = 4 casos→12,5% de la muestra

Diagnóstico F 98 (Otros Trastornos de las Emociones y del Comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia, incluye el Trastorno por Déficit de Atención) = 7 casos → 21,8% de la muestra.

Otros diagnósticos 21 casos→65,7% de la muestra.



El grupo otros diagnósticos según criterios CIE -10 lo constituyen 21 casos. Es un grupo heterogéneo que incluye:

CÓDIGO CIE 10	DIAGNÓSTICO	Nº CASOS	%de 32
F 48 .9	Trastornos Neuróticos	6	18,75
F 93	Trastornos de las emociones con inicio en la infancia	6	18,75
F 80	Trastornos del desarrollo psicológico	4	12,5
F 91	Trastornos del comportamiento	2	6,25
F 43	Trastornos de adaptación	1	3,12
F 68	Trastornos de la personalidad	1	3,12
F 94	Trastornos del funcionamiento social con inicio en la infancia y la adolescencia	1	3,12

DIAGNÓSTICOS CIE-10 - CBCL/6-18:Achenbach y Rescorla, 2001

Achenbach	CIE-10	Media	Prueba T. Significación
Ansiedad y Depresión	F 90 –F 98	6.09	P= 0.350
	Otros Diag.	5.14	
Aislamiento y Depresión	F 90 –F 98	2.91	P= 0.946
	Otros Diag.	2.62	
Quejas Somáticas	F 90 –F 98	1.82	P= 0.868
	Otros Diag.	3.00	
Problemas Sociales	F 90 –F 98	4.55	P= 0.158
	Otros Diag.	4.24	
Problemas de Pensamiento	F 90 –F 98	3.82	P= 0.150
	Otros Diag.	2.10	
Problemas de Atención	F 90 –F 98	12.09	P= 0.899
	Otros Diag.	10.00	
Ruptura de Normas	F 90 –F 98	4.64	P= 0.987
	Otros Diag.	3.62	
Conducta Agresiva	F 90 –F 98	13.09	P= 0.224
	Otros Diag.	11.19	
Otros Problemas	F 90 –F 98	5.27	P= 0.591
	Otros Diag.	5.05	

En todas las subescalas la p > 0.05, por lo que podemos concluir que no existen diferencias significativas entre aquellos pacientes de esta muestra diagnosticados de TDAH y los que fueron diagnosticados de otras patologías.

DIAGNÓSTICO CIE-10 – ESCALA INTELIGENCIA WISC – IV

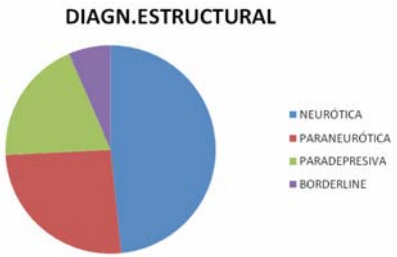
WISC – IV	CIE-10	Media	Prueba T. Significación
CI TOTAL	F 90 –F 98	105.90	p= 0.221
	Otros Diag.	98.95	
Comprensión Verbal	F 90 –F 98	109.30	p= 0.014*
	Otros Diag.	98.81	
Razonamiento Perceptivo	F 90 –F 98	110.50	p= 0.316
	Otros Diag.	104.25	
Memoria de Trabajo	F 90 –F 98	98.00	p= 0.873
	Otros Diag.	96.76	
Velocidad de Procesamiento	F 90 –F 98	102.60	p= 0.296
	Otros Diag.	97.19	

*Solamente la comprensión verbal presenta un diferencia significativa (p<0.05) con una puntuación media mejor para el grupo de TDAH.

RESULTADOS DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

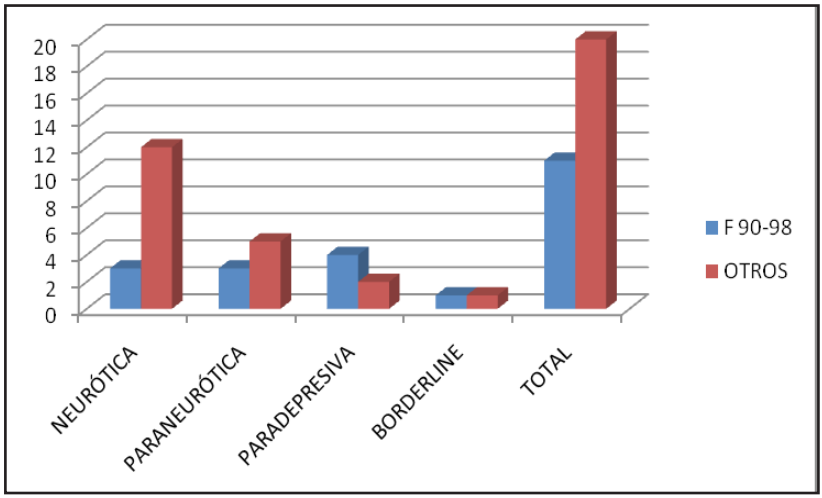
n=31, (un caso eliminado por problemas técnicos).

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL	Nº CASOS	%
NEURÓTICA	15	48,4
PARANEURÓTICA	8	25,8
PARADEPRESIVA	6	19,3
BORDERLINE	2	6,4

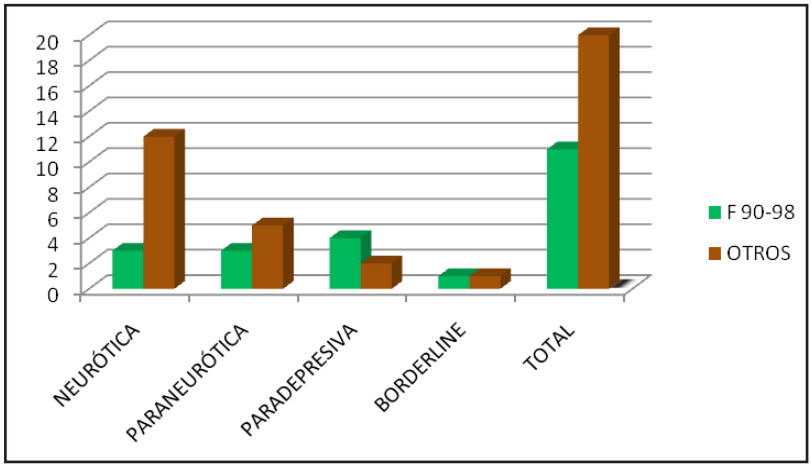


RESULTADOS DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL – CIE-10

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL	F 90-98	%	OTROS	%	
NEURÓTICA	3	20	12	80	100%
PARANEURÓTICA	3	37,5	5	62,5	100%
PARADEPRESIVA	4	66,7	2	33,3	100%
BORDERLINE	1	50	1	50	100%
TOTAL	11	35,5	20	64,5	100%



DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL	F 90-98	%	OTROS	%
NEURÓTICA	3	27,27	12	60
PARANEURÓTICA	3	27,27	5	25
PARADEPRESIVA	4	36,36	2	10
BORDERLINE	1	9,09	1	5
TOTAL	11	100%	20	100



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Con los resultados de nuestro estudio podemos constatar que la demanda por sospecha de TDAH sobrepasa en gran medida el diagnóstico (35% de los que consultan por este motivo). Y es, además, una demanda muy poco filtrada, constituida por un grupo de niños muy heterogéneo.
- No hemos encontrado diferencias significativas con respecto al funcionamiento global cognitivo ni en la sintomatología comportamental medida a través de los instrumentos mencionados (WISC-IV y el CBCL ACHENBACH) salvo en la comprensión verbal, obteniendo en ésta mejor resultado los niños diagnosticados de TDAH con respecto a los no TDAH.
- Las limitaciones más importantes del estudio se han hecho sentir especialmente en el análisis estadístico, por el tamaño reducido de la muestra y por la falta de un grupo control de niños de población general.
- Los datos obtenidos deben ser entendidos en este contexto como descriptivos, y para su generalización deberían realizarse estudios con una muestra más numerosa, que permita dividir en subgrupos y por categorías diagnósticas.
- En nuestro trabajo no hemos podido, por las razones ya expuestas, dividir el TDAH en sus dos variantes TDAH combinado y TDA (Déficit de Atención). Creemos que hay razones, como vienen apuntando diferen-

tes autores, para pensar que son entidades diagnósticas diferenciadas (BARKLEY).

- Con respecto al diagnóstico estructural se confirma nuestra hipótesis número 1, correspondiendo el TDAH a funcionamientos mentales diversos, si bien las diferencias entre los dos grupos TDAH Otros diagnósticos no son significativas, sí podemos observar que en el grupo TDAH predomina el diagnóstico de estructura paradepresiva (66,7%) y en el grupo Otros Diagnósticos predomina el diagnóstico estructura neurótica 80%. Es decir, de los diagnósticos estructura neurótica el 80% son no TDAH. Y de los diagnósticos estructura paradepresiva, el 66,7% son TDAH, en su mayoría TDA.
- Con respecto al objetivo "consensuar criterios diagnósticos a través de la observación en vídeo de entrevistas semiestructuradas con el guión de diagnóstico estructural", la experiencia ha sido muy útil, permitiéndonos llegar a un consenso en el diagnóstico dentro del equipo en la gran mayoría de los casos.
- Es importante señalar una vez más la dificultad de realizar una valoración psicopatológica completa en la infancia y la inversión de tiempo y esfuerzo que conlleva la integración de las diferentes informaciones, variables de contexto y desarrollo, pruebas psicométricas, etc.
- Si hacemos un repaso de la descripción de los criterios diagnósticos del TDAH según la CIE-10 y DSM IV en comparación con otros trastornos mentales, podemos entender que incluyan situaciones clínicas tan diversas, ya que comparte sus síntomas principales con otras muchas categorías diagnósticas. La descripción sintomática y sus correlatos comportamentales observables no están desplegados con el mismo rigor en los diferentes trastornos, los síntomas del TDHA están descritos muy exhaustivamente. Otros trastornos (Trastornos de Ansiedad o del Humor) nombran la inquietud o la distractibilidad pero no describen sus comportamientos derivados como criterio diagnóstico. El eje de la cuestión sigue siendo el diagnóstico diferencial versus comorbilidad o la valoración de funcionamiento mental desde una perspectiva estructural.
- Más allá de la sintomatología inicial, los abordajes terapéuticos deberán ajustarse al diagnóstico clínico y las necesidades de cada caso

ANEXO

ARRETA-FALTA ETA HIPERAKTIBITATEA IZATEAGATIKO NAHASTEA IKERTZEKO BAIMENA, HORRI BURUZK0 INFORMAZIOA JASO OSTEAN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Umeak adigabe, hiperaktibo edo oldartsu agertzeagatik gero eta kontsulta gehiago jasotzen ditugunez, prafesionalok gai horrekin zerikusia duten kontu guztiak aztertu behar ditugu, sakon aztertu ere, paziente bakoitzaren ezaugarriei hobeto egokitzen den laguntza terapeutikoa emate aldera. Horretarako, garrantzitsua da umeak hartzeko eta diagnostikatzeko jarraitu beharreko protokoloa zehaztea, baita eskaintza terapeutikoa ere.

Zerbitzu honek egindako azterketa¬pilotuak honako hauek hartzen ditu:

- Harrera, historia klinikoa eta Achenbach galdeketa egitea.
- Miaketa klinikoa, elkarrizketa grabatuen bidez.
- Balorazio neuropsikologikoko probak, test bidez.
- Adimen Kozientea baloratzea.
- Diagnostikoa.
- Terapia-proposamena.
- Esku hartzen duten prafesionalekin koordinatzea.

Bildutako datu guztiak behar bezala babestuta daude indarrean dauden legeen arabera.

Informazio egokia jaso dut horren guztiaren inguruan. IHortaz, BAIMENA EMATEN DUT arreta-falta eta hiperaktibitatea izateagatiko nahastearen aurrean jarduteko protokoloaren entseguan parte hartzeko.

El aumento de consulta por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en la población infantil, nos obliga a los profesionales a profundizar en todos los aspectos relacionados con este tema y a ofrecer una asistencia terapéutica lo más adecuada posible a las características individuales de cada paciente. Para ello, es importante protocolizar el proceso de recepción, acogida y diagnóstico, así como la oferta terapéutica.

Este estudio piloto elaborado por este Servicio consta de:

- Acogida y realización de Historia Clínica y cuestionario Achenbach.
- Exploración clínica mediante entrevistas-grabadas.
- Pruebas de valoración neuropsicológica mediante test.
- Valoración C.I.
- Diagnóstico.
- Propuesta terapéutica.
- Coordinación con los profesionales que intervienen.

Todos los datos que se recogen están debidamente protegidos de acuerdo a la legislación vigente.

Después de haberme informado adecuadamente DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en el ensayo del Protocolo de Actuación para el estudio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Galdakaon, ...(e)ko ..... aren .....(e)(a)n
En Galdakao, a .....de ..... de .....

Psikiatra arduraduna:
Firma del psiquiatra responsable

Iz./Fdo.: .....

Paziente edota senidea:
Firma del paciente y/o familiar

Iz./Fdo.:.....

ANEXO II

ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA

I. MOTIVO DE CONSULTA- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (SOSPECHA T.D.A.H.)

Especificar: -Síntomas que preocupan
-Desde cuándo (< 7 años?)
-Iniciativa de la consulta

Recoger los síntomas según los criterios diagnósticos DSMIV

Desatención:	SI	NO
(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares.		
(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.		
(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.		
(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones (no por rebeldía o a incapacidad para comprender instrucciones).		
(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.		
(f) a menudo evita, le disgusta o es reacio en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.		
(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros).		
(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes		
(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias		
Hiperactividad		
(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento		
(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado		
(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo		
(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio		
(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor		
(f) a menudo habla en exceso		
Impulsividad		
(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas		
(h) a menudo tiene dificultades para guardar tumo		
(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)		

A Los síntomas persisten durante más de seis meses con una intensidad que impide la adaptación, y no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo.
B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa).
D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Repercusión de los síntomas sobre el funcionamiento:

		0	1	2	3	4	5
ESCOLAR	COMPORTAMIENTO						
	APRENDIZAJE						
SOCIAL	ACT.TIEMPO LIBRE						
	AMIGOS						
FAMILIAR							

Situaciones: -Que agravan los síntomas .....
.....
-Disminuyen los síntomas .....
.....
Intentos de solución .....
.....
Atribuciones del problema .....
.....
Expectativas .....
.....

Conflictiva familiar (Acuerdo/Desacuerdo en pautas educativas) .....
.....
Antecedentes familiares .....
.....
Diagnóstico y tratamientos anteriores .....
.....

II. HISTORIA EVOLUTIVA

EMBARAZO Y PARTO
Incidencias médicas: - madre .....
- niño .....
Circunstancias especiales:
- Planificación .....
- Organización de cuidados/cuidadores .....
.....
- Duelos .....
.....
- Cambios importantes (Domicilio, Inmigración) .....
.....
- Otros .....

HITOS DEL DESARROLLO
Desarrollo Psicomotor .....
.....
Desarrollo del lenguaje .....
.....
Control de esfínteres .....
Hábitos del sueño:
- Rituales, objetos transicionales .....
.....
- Pesadillas .....
- Terrores .....
- Sonambulismo .....
- Trastornos del ritmo .....
Hábitos de alimentación
- Lactancia .....
- Cambios y caprichos .....
Organizadores psíquicos
- Sonrisa .....
- Angustia del octavo mes .....
- No .....

RASGOS TEMPERAMENTALES / PERSONALIDAD
- Aspectos positivos y negativos .....
.....
- Irritabilidad .....
- Inhibición / Pasividad .....
- Expresividad emocional .....
.....
- Reacción ante la frustración .....
.....
- Autocontrol .....
.....
- Autoestima .....
.....
- Proyecciones, expectativas .....
.....

REACCIÓN / TOLERANCIA A LAS SEPARACIONES
.....
.....

MIEDOS / FOBIAS
.....

AUTONOMÍA
.....

RESPONSABILIDAD
.....

RESPETO A NORMAS
.....

CAPACIDAD PARA SENTIR CULPA
.....

JUEGOS E INTERESES
- Capaz de jugar solo .....
- Capacidad de disfrutar del juego .....
- Capacidad para compartir el juego .....

ESCOLARIDAD
- Inicio .....
- Conducta .....
- Rendimiento .....
- Relación con profesores y compañeros .....

RELACIONES SOCIALES
- Grupo de amigos .....
- Relaciones de verdadera amistad .....

ACCIDENTES Y TRAUMATISMOS
.....

ANEXO III

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Estudio Piloto Diagnóstico TDAH Marzo 2009 (Grabación Vídeo)

- ¿POR QUÉ VIENES? (Motivo de la consulta)
- ¿QUÉ QUIERES HACER AQUÍ HOY?
  (Jugar, hablar, dibujar...?)
- PROPONER SI NO HAY INICIATIVA
  - Dibujo libre
  - Dibujo no libre - HTP (casa, árbol, persona) Historia de cada elemento.
- ¿QUÉ TE GUSTA HACER? (Intereses, áreas de investimiento)
- ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES (Iniciativa. Disfrute)
- ACTIVIDADES TIEMPO LIBRE, OCIO
- ESCOLAR (lo mejor, lo peor, si se aburre recreos)
- ¿QUÉ TAL ANDAS DE AMIGOS? (Socialización)
  - Si tiene pocos o muchos amigos
  - Si tiene algún amigo de fiar.
  - ¿Cuándo suele quedar con ellos que hacen?
  - ¿Qué pasa cuando se enfada, como se arregla?
- ¿HAS SALIDO ALGUNA VEZ A DORMIR FUERA DE CASA? (Separaciones)
  - Campamentos
  - Actividades grupales
  - Familiares
- ¿EN CASA QUÉ TAL? (Familia)
  - Con los padres, hermanos, si comparte juegos □ ¿Espacio propio?
- ¿PREOCUPACIONES? ¿MIEDOS?
- ¿ SUELES SOÑAR? (sueños fantasías)
- ¿EXPLORAR SÍNTOMAS DEPRESIVOS? (aburrimiento, malestar físico, ánimo, ilusiones, proyectos)

ANEXO IV

OBSERVACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

1.IMPRESIÓN GENERAL

–	Reserva inicial		□
–	Adaptación progresiva	SI	□
		NO	□
–	Reserva a lo largo de la entrevista		□
–	Inhibición general. Juego, dibujo, verbal		□
–	Enlentecimiento General		□
–	Inestabilidad motriz		□
–	Actitud polimorfa y cambiante		□
–	Se mantiene el tono a lo largo de la consulta		□

2.RELACIÓN CON EL EXAMINADOR

–	Seductora	□
–	Complaciente	□
–	Evita la relación	□
–	Reservado, Serio	□
–	Calurosa y emprendedora	□
–	Familiaridad Excesiva	□
–	Solicita apoyo frecuentemente	□
–	Evita la relación activamente	□
–	Repliegue emocional	□
–	Desprecio por el examinador	□

3.AFECTOS

1.- MODULADOS

0	□
1	□
2	□
3	□

2.- ADECUADOS A LA SITUACIÓN

0	□
1	□
2	□
3	□

3.- TIPO DE AFECTO PREDOMINANTE

Alegre	□
Triste	□
Serio	□
Eufórico	□
Irritable	□
Disfonía	□
Rabia	□
Inquietud	□
Angustiado	□

4.- DISOCIACIÓN AFECTIVA ENTRE EL DISCURSO Y EL JUEGO □

5.- OSCILACIONES BRUSCAS DEL AFECTO □

4. FUNCIONES DEL YO

PENSAMIENTO

Adecuado a la edad cronológica □
Lógico y coherente □
Alteraciones □

CURSO DEL PENSAMIENTO

- Aceleración □
- Enlentecimiento □
- Incoherencia □
- Bloqueo del pensamiento □
- Perseverancia □
- Laxitud asociativa □
- Otros □

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

- Preocupaciones □
- Obsesiones y compulsiones □
- Fobias □
- Ideación Suicida □
- Ideas de referencia □
- Ideas delirantes □
- Contenidos Bizarros □
- Pobreza de contenidos □
- Otros □

LENGUAJE

- Bien desarrollado para la edad cronológica □
- Medio principal para la expresión de conflictos □
- Pobreza Expresiva □
- Restringido y operativo □
- Adultomórfico □
- Regresivo □

SENTIDO DE LA REALIDAD

- Conservado □
- Parcialmente establecido □
- Debilitado □
- Ausencia □

IMPRESIÓN DEL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

- Bueno, bien utilizado □
- Rendimiento General bajo □
- Limitaciones Simbólicas □
- Inhibición □

MOTRICIDAD

- Adecuada a la edad cronológica □
- Enlentecimiento □
- Torpeza motora □
- Hiperactividad □

5. DEFENSAS

INMADURAS

- Negación □
- Distorsión □
- Proyección □
- Identificación Proyectiva □
- Escisión □
- Idealización □
- Actuación □
- Pasivo – Agresivas □
- Somatización □

MEDIAS

- Regresión □
- Desplazamiento □

- Represión □
- Control de los impulsos □
- Aislamiento afectivo □
- Racionalización □
- Disociación □
- Formaciones Reactivas □

MADURAS

- Anticipación □
- Humor □
- Sublimación □

6. EXPRESIÓN DE PULSIONES Y FANTASMAS

− Predominio de las pulsiones libidinales □

− Funcionamiento regresivo □

- Oral □
- Anal □
- Edípico □

− Inhibición de la vida pulsional □

− Predominio de las pulsiones agresivas □

- Fantasías melancólicas: insuficiencia □
- Fantasías de abandono, pérdida, muerte □
- Manifestaciones crudas de la vida, pulsión agresiva □
- Tendencia a pasar al acto □
- Fantasías omnipotentes □

7. IDENTIFICACIONES – SELF

Aspectos parentales idealizados adecuados a la edad □

Identificaciones miméticas □

Imagen grandiosa y omnipotente □

Imagen devaluada de si mismo □

Fluctuaciones y discontinuidad de la imagen de si mismo □

Alteraciones de la identidad sexual □

8. SUPERYO

- Ausencia función super-yo □
- Presencia de esta instancia en el funcionamiento psíquico □
- Super-yo
  - Protector □
  - Rígido □
  - Frágil □

BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach, T.M., Dumenci, L. y Rescorla, L.A. (2004). Ratings of Relations Between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Descargado el 20 de marzo de 2009 de http://aseba.org/research.html
2. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001) Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
3. American Psychiatric Association (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado DSM IV R Barcelona : Masson
4. Barkley , R.A. (1998). El Desorden de Hiperactividad y Déficit Atencional. Investigación y Ciencia.
5. Janin, B. (2004c). Intervenciones. En Janin, B., Frizzera, O., Heuser, C., Rojas, M.C., Tallis, J. y Untoiglich, G. (Eds.), Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (pp97-124). Buenos Aires: Novedades Educativas.
6. Jorquera, C., Lasa, A. y Gutiérrez, M.A. (2009). Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Osteba, departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
7. Lasa, A. (2001) Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la Hiperactividad. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 31/32, 5-81.
8. Lasa, A. (2003) Hiperactividad y trastornos de la personalidad II. Sobre la Personalidad Límite. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 35/36, 5-117.

9. Lasa, A. (2009) Los niños Hiperactivos y su Personalidad. Bilbao: ALTXA.
10. Marcelli, D. (2007). Manual de Psicopatología del Niño VII Ed. Elsevier-Masson.
11. Organización Mundial de la Salud (1994). Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10. Madrid : Meditor.
12. Wechsler, D. (2007). WISC-IV Escala de Inteligencia de Wechsler para niños – IV. Manual técnico y de interpretación. 2ª ed. Madrid: TEA Ediciones. (Trabajo Original publicado en 2003).
13. Wiener, J.M. y Dulcan, M.K. (2006) Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Madrid: Elsevier-Masson